

ด่วนมาก

ที่ สธ ๐๒๔๑/ว ๖๖๕



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญประชุมผู้ประสานกีฬา เขตสุขภาพที่ ๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง
ในเขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ

สืบเนื่องจากการประชุมหารือการจัดเตรียมนักกีฬาเข้าร่วมแข่งขันกีฬาสาธารณสุข সামัคคี เขตสุขภาพที่ ๕ เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๔ จังหวัดราชบุรี ที่ประชุมมีมติ กำหนดจัดการแข่งขันระดับเขต ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๙ ณ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมอบให้ผู้ประสานกีฬาของแต่ละจังหวัดไปเตรียมการและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งนักกีฬาเข้าร่วมแข่งขันในระดับเขต ระดับภาค และระดับกระทรวงสาธารณสุขต่อไป นั้น

ในการนี้ เพื่อเป็นการติดตามความคืบหน้าการเตรียมความพร้อมในการจัดการแข่งขันกีฬาสาธารณสุข সামัคคี สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ จึงขอเชิญผู้ประสานกีฬาในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุม ในวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๔ จังหวัดราชบุรี และขอให้ผู้ประสานกีฬานำข้อมูลการสมัครแข่งขันกีฬาแต่ละประเภทไปด้วย ทั้งนี้ โปรดส่งแบบตอบรับไปยัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมดังกล่าว จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุพจน์ จีระราชวโร)

รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มอำนวยการ

โทร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔

โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสานงาน : นายชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล สสจ.สุพรรณบุรี โทรศัพท์ ๐๘ ๙๐๐๕ ๒๐๗๐



(สิ่งที่ส่งมาด้วย)

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมผู้ประสานกีฬา เขตสุขภาพที่ ๕
วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๔ อ.เมือง จ.ราชบุรี

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

๑. ผู้ประสานหลัก จำนวนหน่วยงานละ ๒ คน

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เบอร์มือถือ.....E-mail.....

๑.๒ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เบอร์มือถือ.....E-mail.....

๒. ผู้เข้าร่วมประชุม

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒.๒ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒.๓ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ ผู้แจ้งข้อมูล

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่

ขอให้แจ้งชื่อผู้เข้าร่วมประชุมและส่งแบบตอบรับไปยัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๘